DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.02.035

部份合并轻度滑脱。其中大部份病例在腰椎间盘手术的同时分别行对侧椎板,同侧横突间及后路椎间隙植骨,术后均取得较好的结果。本组有 2 例,1 例因在腰椎间盘手术中已发现 L_5 不稳,但当时未作处理,术后负重时腰痛加重,7 个月后再次行脊柱后触合,腰痛基本消除。例 3 为 $L_{4\sim5}$ 椎间盘突出合并 L_5 峡部裂,手术行半椎板切除并摘除突出椎间盘,对侧椎板植骨。术后因植骨块断裂腰痛,2 年后再次后路植骨脊柱融合,腰痛基本消除。作者认为腰椎间盘突出同时合并有脊柱不稳者,需在椎间盘手术的同时行腰椎间融合方可取得满意的疗效,否则腰痛难以消除。后路腰椎融合有骨愈合不可靠、时间长等缺点,此类患者以前路手术为好。

2.4 腰椎间隙结核误诊为椎间盘突出症

腰椎间隙结核误诊为椎间盘突出症甚为少见,刘广杰等[4]报告 1 例(占同期病例的 0.2%)。本文例 6,因以 $L_{4\sim5}$ 椎间盘右侧突出术后 6 个月,不明原因复发,再次入院诊断为腰椎间盘术后复发,当时发现肺结核而出院治疗。距第一次手术后 9 个月时,腰椎片发现 $L_{4\sim5}$ 相邻椎间骨质破坏,血沉增高才意识到,椎间隙结核误诊为椎间盘突出。故再次入院经抗结核治疗及病灶清除治愈。作者认为单纯的椎间盘结核较少见,尤其在被破坏的椎间盘向椎管内突出时,可出现与一般椎管狭窄及椎间盘突出的类似症状。临床上在没有可靠的 X 线骨质改变时,易误诊为一般的腰椎间盘突出而行后入路手术,这将造成结核病变椎管内扩散的危险。同时对病灶的处理造成一定的困难。术前高质的 X 线片、详细地追问病史及常规的化验检查是防止误诊的有效措施。

关键词 椎间盘/外科手术

参考文献

1. Burton CV, Kirkaldy-Willis WH, Yong-Hing K, et al. Cases of failure of surgery on the lumbar spine. Clin Orthop, 1981; 157: 191
2. 叶根茂 邵宣 吴世樵,等。72 例合并椎管狭窄的腰椎间盘突出的治疗。人民军医,1988;11:52
3. 陆裕朴 王全平 候树勋,等。腰椎管狭窄合并或不合并椎间盘突出症的手术治疗(附 225 例分析)。中华骨科杂志,1988;3:162
4. 刘广杰 林发雄。腰椎间盘突出症手术治疗远期随访及有关问题探讨。中华骨科杂志,1981;1(2):92

(收稿:1992-04-15;修回:1992-07-27)

对 65 例重型肝炎患者施行经皮肝活检术的经验

毛 青 郑 江 张永明 (第三军医大学西南医院传染科) 630038

由于重型肝炎(重肝)患者凝血机制障碍,且多并发腹水、肝性脑病等,经皮肝活检术(肝活检)后易发生出血、胆汁性腹膜炎等严重并发症,长期以来对重肝患者肝活检的指征看法不一。近几年来,我们采用单人 Menghini 法对 65 例各型重肝患者进行肝活检,全部获得成功,无一例发生严重并发症,现总结如下,并提出重肝肝活检适应症及禁忌症的商榷意见。

1 一般资料

1.1 患者

65 例重肝患者均系 1988 年 1 月～1991 年 12 月的住院病例,经病理确诊急性重型 2 例,亚急性重型 15 例,慢性重型 48 例,年龄 15～67 岁,平均 38.1 岁。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1.2 肝活检时的情况

65 例重肝患者中 3 例有肝性脑病(Ⅱ～Ⅳ度),31 例有鼻、牙龈及注射部位出血,20 例有中、小量腹水。血清胆红素为 217.0～838.6μmol/L,平均 394.5μmol/L;凝血酶原活动度(PA)均小于 40%,平均 29.8%,最小为 11.2%;血小板(BPC)为 35×10^9/L～90×10^9/L,平均 56×10^9/L;所有患者均有不同程度的贫血,血红蛋白多在 80～100g/L 之间。

2 穿刺结果

65 例均一次穿刺成功,无一例发生严重并发症。但原有并发症患者穿刺较困难:4 例出血倾向明显的患者在打孔针刺破皮肤后局部出血较多而终止穿刺,待治疗好转后一次穿刺成功;有腹水患者穿刺点定在腋前线第 7 肋间,同时上半身抬高约 30°(以使腹水下流),亦全部穿刺成功。穿出肝组织长约 0.5cm～1.5cm,均作出明确的病理诊断。慢重肝患者因其肝脏纤维化程度重,穿出肝组织较细碎。

3 讨论

3.1 凝血机制障碍

对外周血凝血机制障碍是否可行肝活检看法不一。一般认为 PA<40%,BPC<50×10^9/L 时不宜作肝活检。而 Ewe[1] 认为,肝穿后肝出血时间与外周血中血小板数和凝血酶原等凝血指标无显著相关性。本组 65 例 PA<40%(最低 11.2%)、BPC 减少及有出血倾向的重肝患者肝活检后均未发生出血。因此,我们认为外周血凝血指标异常可不作为肝活检的绝对禁忌症。只有在凝血指标异常,同时伴有明显出血倾向(如鼻衄、皮肤大片瘀斑、腔道出血等)时应禁止行肝活检。此外,皮肤打孔后局部出血的多少对判断穿刺后肝出血量有重要帮助。

3.2 重度黄疸

多数人认为严重的持续性淤胆为肝活检的禁忌症。本组重肝患者行肝活检时均为重度黄疸(最高达 838.6μmol/L),穿刺后均未出现胆汁性腹膜炎。我们认为重度黄疸患者在排除阻塞性黄疸后行肝活检是安全的。但为防止损伤较大胆管及因胆管内压高胆汁从针孔溢出,应严格控制进行深度在 2.0cm 以内,同时宜选用 12 号(直径 0.12cm)穿刺针。

3.3 胸、腹水

中等量以上腹水穿刺时不易形成负压,常致穿刺失败,应先使用利尿剂、血浆等使腹水减少再行活检。穿刺时患者上半身抬高约 30°,于腋前线第 7 肋间穿刺易获成功。右侧胸腔大量积液、大量腹水或自发性细菌性腹膜炎均为肝活检的禁忌症。

3.4 肝脏缩小及肝硬化

急性重型肝炎时患者肝脏迅速缩小,穿刺常失败;肝硬化患者穿刺后易发生出血[2],故急性重型肝炎晚期,或是在肝硬化基础上发展而来的慢性重型肝炎不宜行肝活检。

3.5 肝活检的时机

根据病情将重肝分为肝衰竭早期、典型期及晚期[3]。本组病例肝活检多在肝衰竭早期及典型期进行,肝衰竭晚期不宜行肝活检。

虽外周血凝血指标异常、重度黄疸、腹水等可不作为重肝肝活检的绝对禁忌症,但对重肝患者行肝活检仍应十分谨慎,必须熟练掌握肝活检操作技术,充分作好术前准备及术后护理,严格掌握适应症,方可确保安全。

关键词 肝炎;活组织检查,针

参考文献

1. Ewe K. Bleeding after liver biopsy does not correlate with indices of peripheral coagulation. Dig Dis Sci, 1981; 26(5): 388
2. Piccinino F, Sagnelli E, Pasquale G, et al. Complications following percutaneous liver biopsy. A multicentre retrospective study on 68276 biopsies. J Hepatol, 1986; 2(2): 165
3. 顾长海 曹 锐 汪耕祥,等。前列腺素 E 对肝细胞的保护作用和早期治疗重型肝炎的价值。中华内科杂志,1991;30(1):17

(收稿:1992-07-01;修回:1992-12-04)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net